



상대가치 개편 방향

우리나라는 1977년 7월 1일 의료보험이 도입되면서 일본의 의료보험 수가 체계인 행위별 수가제(fee for service)의 행위별 점수제를 적용하였다. 그러나 점수제의 기본적인 취지는 점수와 환산지수를 분리 운영하지 않았는데 이는 1977년부터 1981년까지 환산지수를 점당 10원으로 고정한 것에서 알 수 있다. 1981년 6월 15일 행위별 점수제에서 행위별 금액제로 운영하다가 2001년 1월 1일부터 현재까지 행위별 점수제인 상대가치 수가체계를 적용해 오고 있다. 상대가치 수가체계가 도입된 이후 2008~2012년 제1차 상대가치 점수 전면 개정이 있었으며, 2016년부터 제2차 전면 개정이 진행될 예정이다. 이 글은 우리나라 수가의 도입과정과 상대가치의 제정 및 개정을 기술하고 상대가치 개편의 방향을 제시하고자 한다.

1. 의료보험 도입 초기

의료보험을 도입하기 위하여 의료보험 수가를 제정하고자, 1976년 11월 10일 의료보험수가제도 조사위원회를 설치하였다(김한중 등, 1995). 이 위원회에서는 일인당 연간의료비 추계, 업종별 근로자 월보험료 부담액 및 부담률, 일본의 의료보험 진료수가 및 보험제도 조사 등을 통해 1977년 6월 8일 진료수가기준과 요양급여기준을 제정 고시하였다. 이 당시 수가 제정과 관련하여 국회 회의록(1977. 6. 21)에 기록되어 있는데 보건사회부 신현확 장관이 국회 보건사회위원회 김용성 위원장에게 동의를 얻어 보건사회부 박상열 기획관리실장이 다음과 같이 언급하고 있다(대한민국국회, 1977).

“... 보험진료수가 및 약가고시를 금년 6월 8일에 고시를 했습니다. 진료수가는 물과 행위를 분리한 수가체계를 새로이 확립했습니다.

다음은 진료행위별 진료행위를 763개 행위로 분류하여 점수단가제를 채택을 했습니다. 그리고 지금까지는 하한선만 제한했던 수가를 이번에는 하한선을 제한하지 않고 하한선만을 설정했다는 것이 이번 진료수가의 특징이 되겠



박은철
연세대학교 의과대학
예방의학교실 주임교수
국립암센터 국가암관리사업단장, 대한의사협회 의료정책연구소장, 건강보험심사평가원 조사연구실장 등을 역임했다. 현재 연세대학교 보건정책 및 관리연구소장, 보건복지부 신의료기술 평가위원회 위원, 보건복지부 상대가치운영기획단 위원 등을 맡고 있다.



습니다. 그리고 기준수가의 책정에 있어서는 기술행위와 진찰료 그리고 투약 주사료 입원료를 모두 합해서 관행수가보다 약 45% 절감된 55%선을 책정하였습니다.

진료수가의 상한선으로는 기본진찰료와 기타 진찰료로 크게 나눌 수 있습니다. 기본진찰료 중에서 초 재진료 입원실료 이것은 책정점수입니다. 관리료로는 지역별 의료기관별로 점수를 달리 했습니다. 그 다음에 검사료 기타 진료과에 대해서는 책정된 기본점수를 기준으로 지역별 의료기관별로 차등을 두었습니다. ...”

보건복지부가 국회에서 밝히고 있듯이 의료보험 수가 수준은 관행수가의 55% 선에서 결정되었다. 이는 당시 의료보험 수가를 산출한 담당자의 말에 의하면 원가의 90% 수준이었다고 하는데 이는 건강보험 수가의 도입 때부터 원가를 보전하지 못 했음을 의미한다. 대한병원협회에서는 건의서를 통해 수가기준의 불만을 제기한 이래, 우리나라 의료보험 수가의 적정성에 대한 논란이 지속되고 있다.

2. 상대가치 개발 연구

1994년 1월에서 6월까지 보건복지부 ‘의료보장개혁위원회’

에서는 상대가치를 적용한 의료보험 수가구조 개편이 제안되었고, 이를 위해 ‘의료보험 수가구조개편 협의회’가 구성되어 운영되었다.

이 당시 기존 의료보험 수가의 문제점으로는 첫째, 수가 간의 불균형성으로 인해 진료행태가 왜곡되고 있으며, 장기적으로 의료인 배출에도 악영향을 미치고 있고, 둘째, 의료보험 수가수준이 적절하지 못하며, 셋째, 의료보험 수가개정과정에 합리성을 제고할 부분(상대가치 점수와 환산지수를 통합하여 운영)이 있었다(박은철, 1997). 상대가치 수가는 상대가치 점수와 이를 금액화하는 환산지수로 구분하는데, 상대가치 점수는 의료 내적 특성(의학의 발전, 의료기술의 발달 등)에 의해 영향을 받으며, 환산지수는 의료 외적 특성(임금 및 물가의 변동 등)에 의해 영향을 받아 조정의 시기와 기전이 다르므로 상대가치 점수와 환산지수는 분리 운영되어야 한다.

‘의료보험 수가구조개편 협의회’에서는 연세대 보건정책 및 관리연구소 등에게 연구용역을 4차례 진행하게 하였다(표 1). 제1차 개발 연구(1996. 6 – 1997. 10)는 의료보험 수가구조 개편을 위한 상대가치 개발로 한국표준의료행위분류(KCPM, Korean Classification of Procedures in Medicine)별 자원 기준 상대가치(RBRVS, Resource-Based Relative

[표 1] 자원기준 상대가치(RBRVS) 개발 연구의 개요

연구기간	수가 요소			적용방안	연구기관 (연구비 지원기관)
	분류	상대가치	환산지수		
1996. 6 ~ 1997. 10 (1차 연구)	한국표준의료행위분류 (KCPM)의 검토	KCPM별 상대가치 산출 (의사업무량 상대가치, 진료비용 상대가치)	환산지수 산출		연세대 보건정책 및 관리연구소, 보건의료관리연구원 (보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회)
1997. 11 ~ 1998. 9 (2차 연구)	의료보험 수가항목 분류 개선		의료보험 경제지수(MIEI) 개발 및 지속가능 성장률(SGR) 검토		연세대 보건정책 및 관리연구소 (보건복지부)
1998. 11 ~ 1999. 10 (3차 연구)		개선된 의료보험 수가항목 분류별 상대가치 산출	의료이용 조정기준 (VPS) 개발		연세대 보건정책 및 관리연구소 (보건복지부)
1999. 12 ~ 2000. 10 (4차 연구)		의료사고 위험 상대가치 산출		상대가치 단계적 적용 방안 제시	연세대 보건정책 및 관리연구소 (보건복지부)

자원기준 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS)
한국표준의료행위분류(Korean Classification of Procedures in Medicine, KCPM)
의료보험경제지수(Medical Insurance Economic Index, MIEI)
의료이용조정기준(Volume Performance Standard, VPS)
지속가능 성장률(Sustainable Growth Rate, SGR)

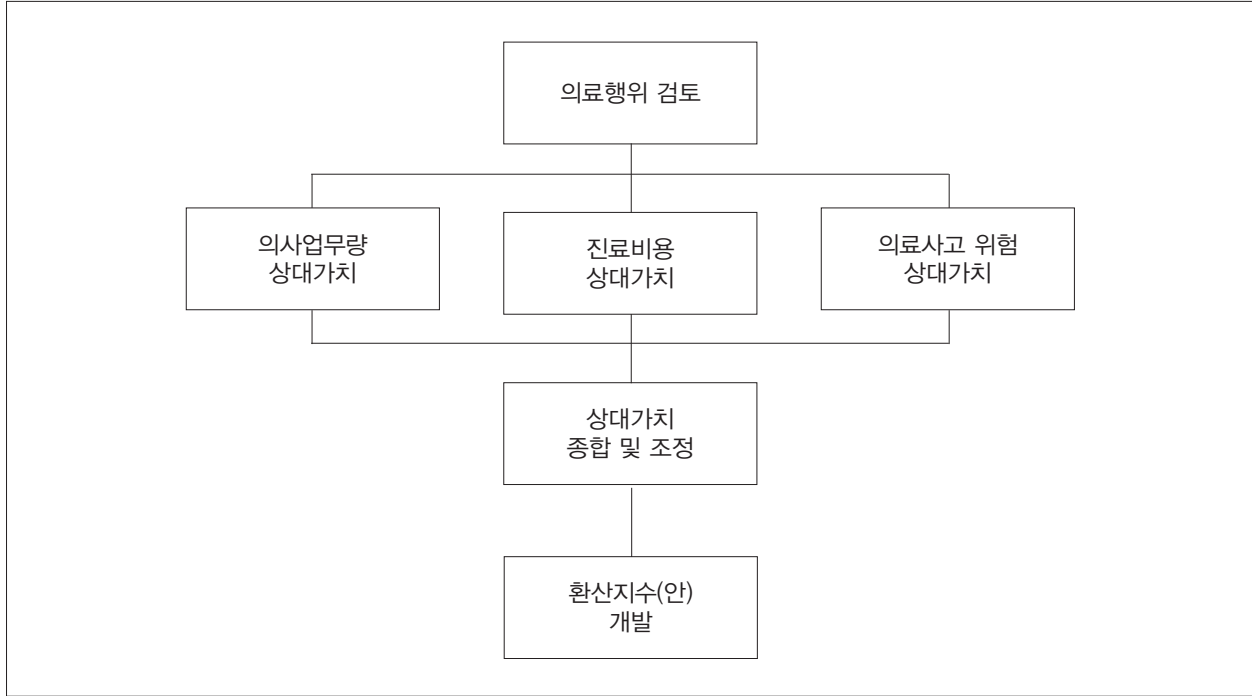
Value Scale) 및 환산지수를 산출하였다(김한중 등, 1997). 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회의 공동 연구비를 통한 제1차 개발 연구는 연세대 보건정책 및 관리연구소와 한국보건의료관리연구원에서 개발하였다. 이에 앞서 대한의사협회와 연세대 보건정책 및 관리연구소에서는 1995년 한국표준의료행위분류(KCPM)를 개발하였는데, 한국에서 행해지고 있는 모든 의료행위(급여행위 뿐만 아니라 비급여 행위)를 포함하여 분류하였으며, 이를 위해 24개 학회가 참여하였다(박형욱 등, 1996).

의료보험 수가구조개편을 위한 2차년도 개발 연구(1997. 11 – 1998. 9)는 의료보험 경제지수(MIEI, Medical Insurance Economic Index) 개발과 의료보험 진료수가 분류체계 개선

을 중심으로 진행되었다(김한중 등, 1998). 3차년도 개발 연구(1998. 11 – 1999. 10)는 의료이용 조정기준(VPS, Volume Performance Standard) 및 지속가능 성장률(SGR, Sustainable Growth Rate)의 개발과 의료보험 진료수가분류 개편안의 의료행위에 대한 상대가치 산출을 중심으로 진행되었다(유승훈 등, 1999). 4차년도 개발 연구(1999. 12 – 2000. 10)는 상대가치의 단계적 도입방안 제시와 의료사고위험 상대가치의 산출을 중심으로 진행되었다(유승훈 등, 2000).

1) 제1차 상대가치 개발 연구
자원기준 상대가치(RBRVS)를 개발하고자 의료행위분류를 검토하고, 분류 항목별 의사업무량 상대가치, 진료비용 상대

[그림 1] 상대가치 개발의 틀



[표 2] 한국표준의료행위분류(KCPM)의 대분류 및 중분류 체계(박형욱, 1996)

I. 예방 및 건강증진	예방상담 및 위험요인 중재 선별검사	예방접종/예방적 화학요법 지역사회 예방의료
II. 진찰 및 관리	기본 진찰 중환자실 관리	자문
III. 검사	기능검사 병리검사	영상검사 생검 및 검체채취
IV. 내시경		
V. 치료 및 처치	정신치료 관혈적 치료 방사선 치료	비관혈적 치료 마취
IV. 내시경		

가치, 의료사고 위험 상대가치를 개발하고, 세 가지 상대가치를 종합 및 조정하고, 환산지수를 개발하였다(그림 1)(김한중 등, 1995).

(1) 의료행위의 검토
1995년 대한의사협회와 연세대 보건정책연구소가 개발한 한국표준의료행위분류(KCPM)을 대상으로 의료보험 수가항

목으로서 검토하였다(표 2).

(2) 상대가치 산출

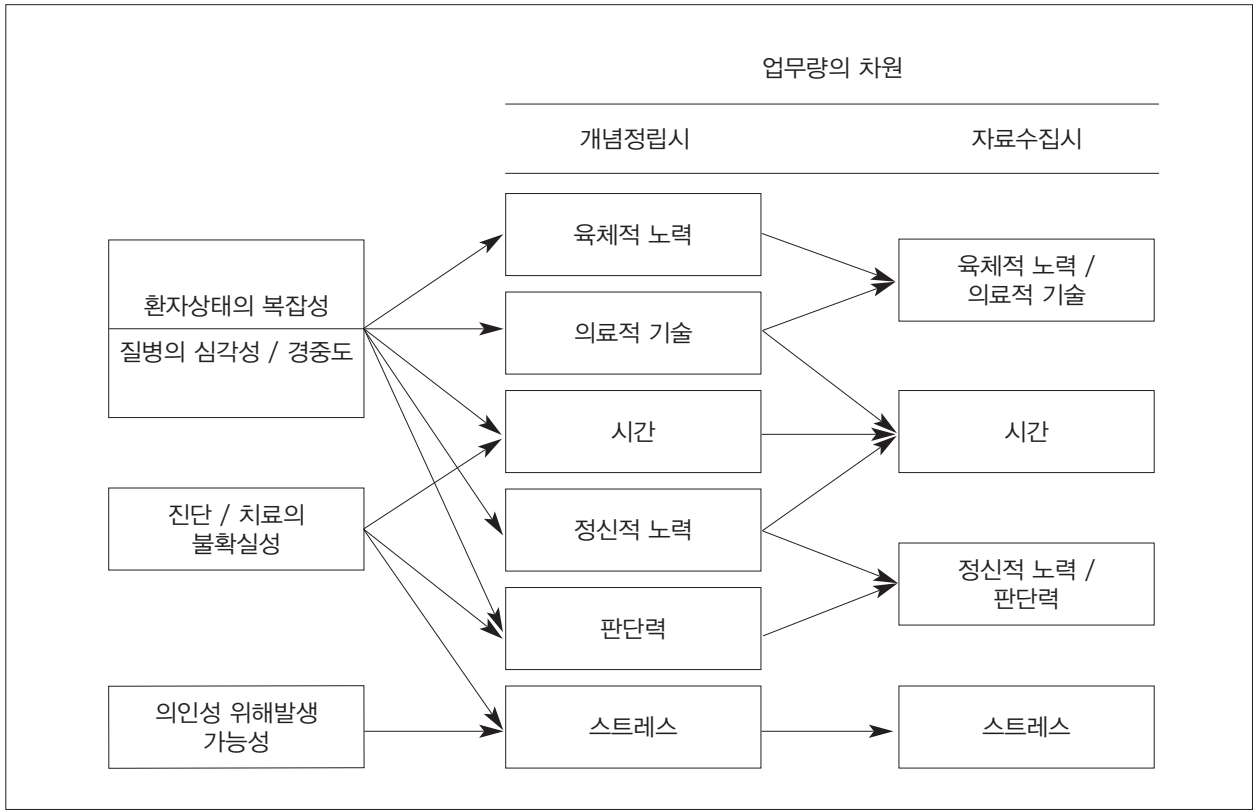
검토된 한국표준의료행위분류(KCPM) 별로 의사업무량 상대가치를 산출하였다(조우현, 1995). 의사업무량 상대가치 산출에 응답한 의사 수는 5,203명이며, 이는 조사대상자 10,858명의 47.9%이었다. 의사업무량 및 의사업무량의 4가지 차원인 육체적 노력 및 의료적 기술, 시간, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스는 규모측정법(Magnitude Estimation)을 이용하여 학회별로 측정하였다. 규모측정법은 기준되는 서비스 항목을 100으로 할 때 기준항목에 비해 A항목의 업무량이 두 배일 경우 A항목의 업무량을 200으로 기입하는 방법으로 주관적인 인식과 판단이 개입되어 있는 업무량 강도를 측정하는데 반복성과 정확성을 높일 수 있는 기법이다(그림 2).

학회별로 측정된 의사업무량 상대가치를 단일 척도화하기

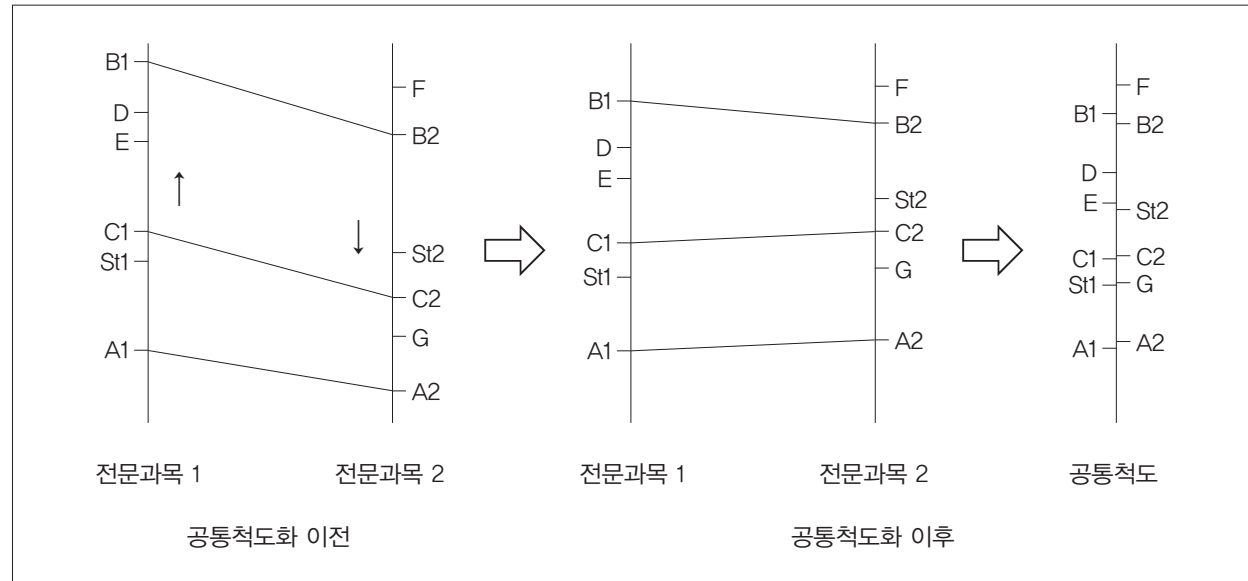
위해 학회 간 동일한 서비스를 측정하고 이를 튜키의 이중가중법(Turkey Bi-Weight Method)을 이용하여 통합하였다(그림 3)(Sohn et al., 1995)

진료비용 상대가치를 구하기 위해 행위별 원가분석을 실시하였다. 8개 병원급 의료기관을 대상으로 해당 병원의 모든 비용을 원가중심점(cost center)으로 집계하고, 원가중심점별 행위빈도를 수집하였다. 수집된 원가중심점별 비용은 행위빈도를 감안하여 의사업무량을 통해 배분하여 행위별 진료비용 상대가치를 산출하였다(그림 4). 한편, 의원급 의료기관에 대해서도 비용자료를 수집하였으나 의원급 비용자료의 불안정성으로 인해 연구결과에 사용하지 않았다. 진료비용의 상대가치 산출에 있어서 의원급과 병원급 의료기관에서 절대적 차이는 있을 수 있으나 상대적 차이가 크다고 할 수 없으므로 병원급 의료기관 비용 및 빈도자료만으로 진료비용 상대가치를 산출하였다.

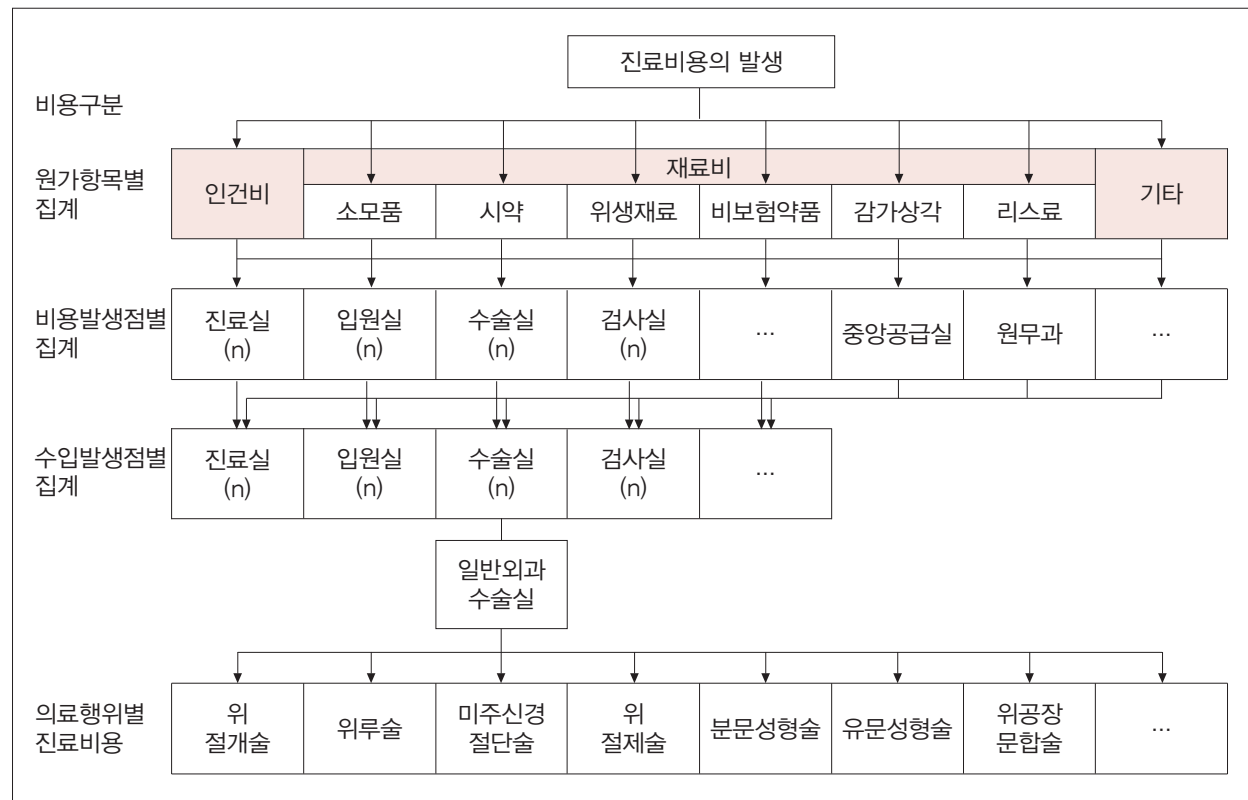
[그림 2] 환자상태와 업무량 차원과의 관계(조우현 등, 1995)



[그림 3] 전문과목별 상대가치의 공통척도화 방법(Sohn et al., 1995)



[그림 4] 진료비용 상대가치 산출 모형(김한중 등, 1997)



학회별로 측정된 의사업무량 상대가치를 단일 척도화하기 위해 학회 간 동일한 서비스를 측정하고 이를 튜키의 이중가중법(Turkey Bi-Weight Method)을 이용하여 통합하였다(그림 3)(Sohn et al., 1995)

진료비용 상대가치를 구하기 위해 행위별 원가분석을 실시하였다. 8개 병원급 의료기관을 대상으로 해당 병원의 모든 비용을 원가중심점(cost center)으로 집계하고, 원가중심점별 행위빈도를 수집하였다. 수집된 원가중심점별 비용은 행위빈도를 감안하여 의사업무량을 통해 배분하여 행위별 진료비용 상대가치를 산출하였다(그림 4). 한편, 의원급 의료기관에 대해서도 비용자료를 수집하였으나 의원급 비용자료의 불안정성으로 인해 연구결과에 사용하지 않았다. 진료비용의 상대가치 산출에 있어서 의원급과 병원급 의료기관에서 절대적 차이는 있을 수 있으나 상대적 차이가 크다고 할 수 없으므로 병원급 의료기관 비용 및 빈도자료만으로 진료비용 상대가치를 산출하였다.

한국의 상대가치 개발 모형은 의사업무량 상대가치 개발에 있어서는 미국의 모형과 유사한 부분이 많으나 진료비용 상대가치 개발방법은 크게 상이하다. 이는 의사에 대한 보상만을 하는 미국의 상대가치와는 달리, 한국은 의사 뿐 아니라 병원에 대해서도 보상해야 하므로 한국의 진료비용 상대가치

는 행위별 원가분석을 통해 산출하였다(표 3).

의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치는 각 부문의 비용을 기반으로 종합하였으며, 이를 1997년 8월 27일 공개하여 학회별로 검증을 받는 과정을 거쳤다. 그 결과, 10개 학회에서는 산출된 상대가치를 그대로 수용하였다. 18개 학회에서는 일부 항목에 대해 조정을 요청하였고, 2개 학회에서는 이 연구범위 이외인 가산요율에 대해 의견을 제시하였으며, 2개 학회에서는 재평가를 요구하였다. 18개 학회에서 수정을 요청한 703개 항목(전체 항목의 7.3%)에 대해서는 학회 내 상대가치 총점을 고정 하에 조정하였다.

(3) 환산지수 개발

환산지수는 다양한 차원으로 산출 가능한데, 이 연구에서는 의료보험 재정중립에 의한 환산지수, 의료기관 경영수지분석에 의한 환산지수, 원가분석에 의한 환산지수, 의료의 질 향상을 위한 환산지수를 개발하였다. 각 환산지수는 32,923원/점, 34,266원/점, 50,784원/점, 56,365원/점이었다(김한중 등, 1997). 원가분석에 의한 환산지수 50,784원/점에 대비한 의료보험 재정중립에 의한 환산지수 32,923원/점의 비가 원가보전율이 되는데 연구결과 원가보전율은 64.8%에 불과하였다.

[표 3] 진료비용 상대가치 산출에 있어 한국과 미국의 차이(김한중 등, 1995)

한국 모형	미국 모형
<ul style="list-style-type: none"> - 병원관련 비용 포함 - 원가중심점을 이용한 행위별 상대가치 산출(행위별 원가 분석 실시) - 일차자료를 이용 	<ul style="list-style-type: none"> - 병원관련 비용 제외 - 일반외과를 기준으로 진료과별 상대가치 개발 - 이차자료를 이용

2) 제2차 상대가치 개발 연구

2차 개발 연구에서는 의료보험 수가항목 분류 및 코드체계를 개선하고 의료보험경제지수(MIEI)를 개발하였다. 한국표준 의료행위분류(KCPM)을 참고하여 기존의 의료보험 수가항목

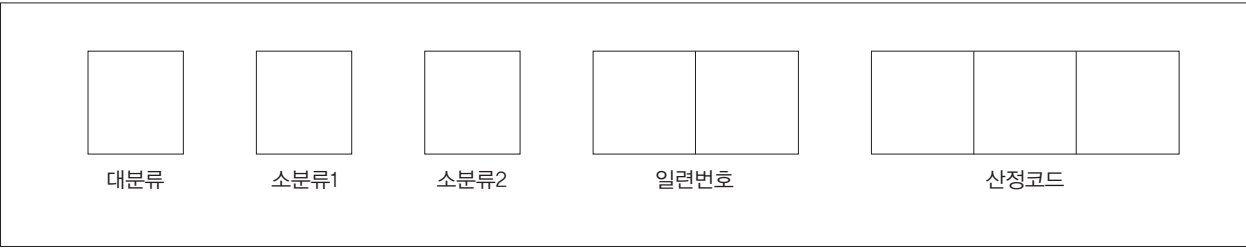
분류를 개선하였다(표 4). 의료보험 급여 수가항목 분류코드를 개선하기 위한 개편안을 제시하였다(그림 5). 또한, 환산지수의 개정을 위해 의료와 관련된 물가지수인 의료보험경제지수(MIEI)를 개발하였다(그림 6).

[표 4] 의료보험 수가항목 분류 개선안(김한중 등, 1998)

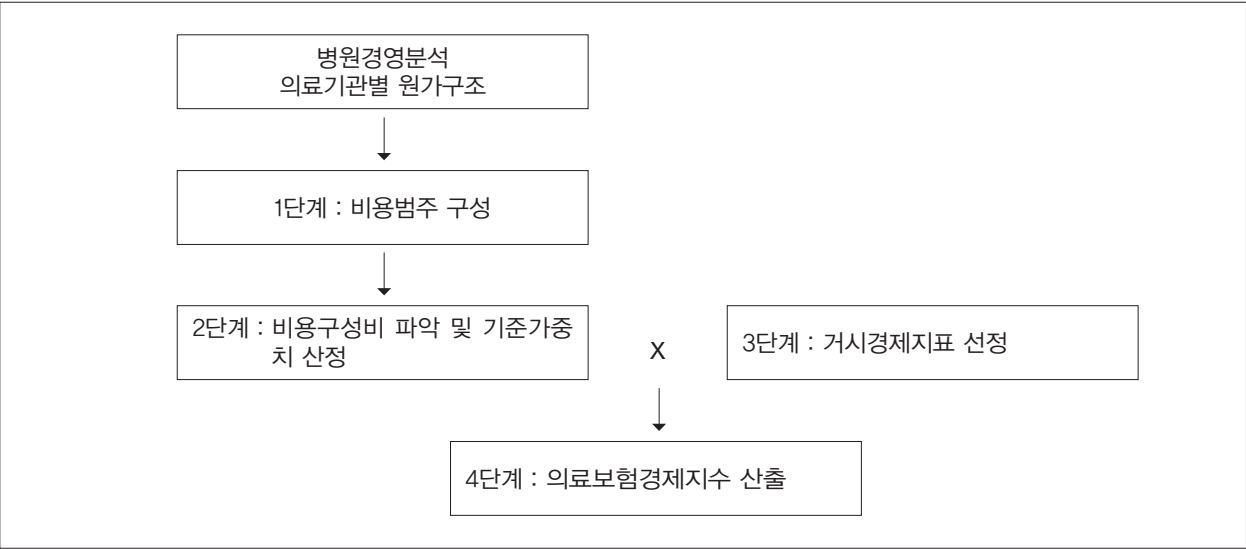
한국 모형	현행 분류	기존 유지	세분	신설	재분류	주 항목 변경	주 항목 신설	계	KCPM (D)
1.기본진료료	28	26	6	3	0	0	0	35	31
2.검사료	862	451	498	499	49	1	47	1,545	1,462
3.방사선 진료, 치료료	152	126	97	89	2	0	17	331	403
4.투약, 처방, 조제료	16	16	0	1	0	3	0	23	2
5.주사료	29	25	4	14	1	0	1	44	35
6.마취료	27	21	28	1	1	0	0	51	51
7.이학요법료	50	46	1	15	0	0	0	62	91
8.정신요법료	21	18	0	0	0	1	0	18	19
9.처치 및 수술료	1,050	620	572	741	61	5	59	2,058	3,062
10.치과	112	64	62	73	3	0	5	207	308
11.조산료	6	6	0	0	0	0	0	6	0
12.보건기관 진료수가	15	15	0	0	0	0	0	15	0
13.혈액, 혈액성분제제 수가	43	35	14	1	0	8	1	59	46
총계	2,411	1,454	1,282	1,437	116	17	130	4,454	5,510

한국표준의료행위분류(KCPM): 8,430항목 한국표준치과의료행위분류(KCPSD): 1,135항목

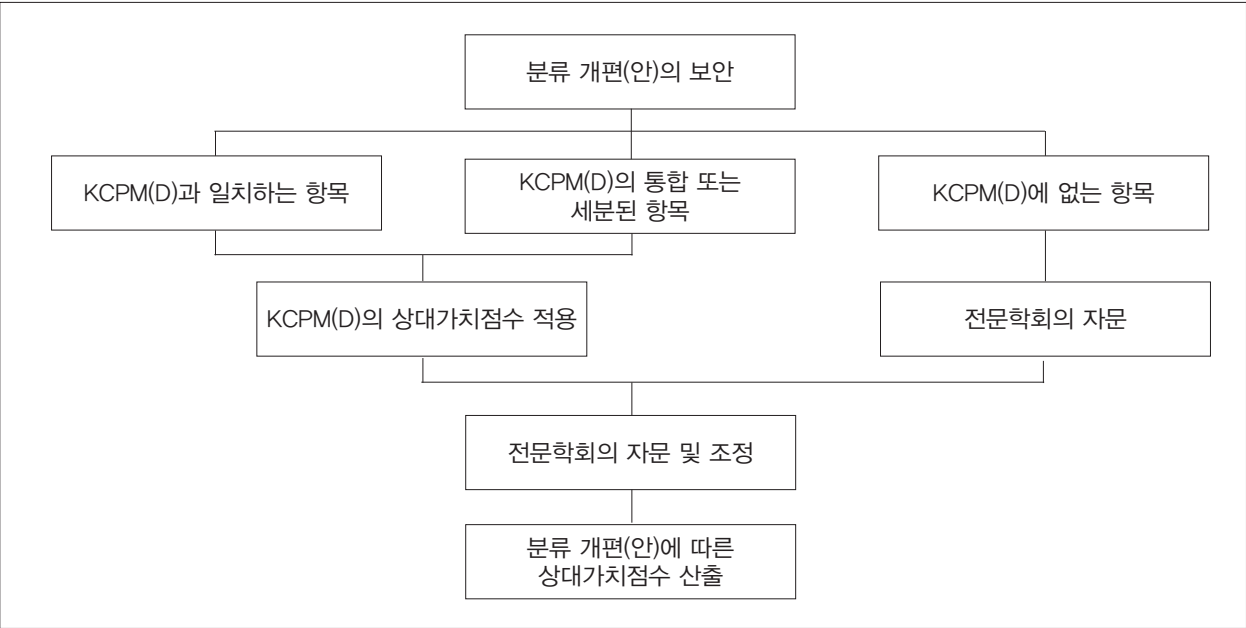
[그림 5] 의료보험 급여수가항목의 코드체계 개선안(김한중 등, 1998)



[그림 6] 의료보험경제지수 개발모형(김한중 등, 1998)



[그림 7] 급여 수가항목 분류 개편안에 따른 상대가치 산출모형(유승흠 등, 1999)



3) 제3차 상대가치 개발 연구

2차 개발 연구를 통해 의료보험 급여 수가항목 분류 개편안의 항목별 상대가치를 산출하였고(그림 7), 환산지수 개정에 있어 의료보험경제지수(MIEI)과 함께 의료이용의 양

과 강도를 조정하는 기준인 의료이용 조정기준(VPS)을 개발하고 의료이용 조정기준(VPS)을 누적적으로 적용하는 지속가능 성장률(sustainable growth rate, SGR)을 검토하였다(식 1).

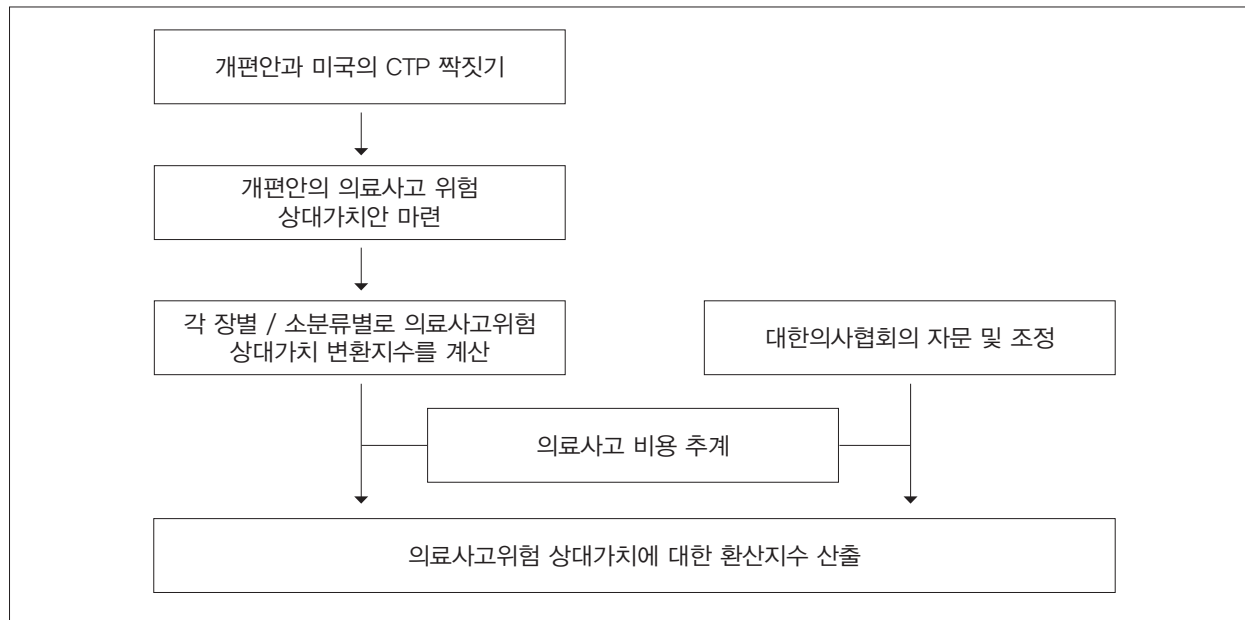
[식 1] 의료보험수가 인상률

$$= MIEI \times VPS(SCR)$$

$$= MIEI \times \frac{VPS(SCR) \text{에 의한 목표 진료비(증가율)}}{\text{실제 진료비(증가율)}}$$

단, MIEI: 의료보험경제지수
VPS: 의료이용 조정기준
SCR: 지속가능 성장률

[그림 8] 의료사고위험 상대가치 산출 과정(유승흠 등, 2000)



4) 제4차 상대가치 개발 연구

산출된 상대가치 점수를 의료보험 수가에 적용함에 있어 급격한 도입으로 인한 부작용을 완화하고자 단계적 도입방안을 제시하였는데, 수가인상률을 감안하여 5년간 단계적으로 도입하는 방안을 제시하였다. 또한, 1차 연구에서 진료비용 상대가치에 포함되어 있던 의료사고위험 상대가치를 산출하였다(그림 8).

5) 상대가치 개발 연구의 종합

미국은 6년(1986~1992)에 걸쳐 미국 메디케어(Medicare)

의 의사 지불제도인 상대가치를 개발하였으며, 이를 1992년 메디케어에 도입하였다. 한국은 4년(1996~2000)에 걸쳐 상대가치를 개발하였으며 이를 2001년 건강보험 수가에 도입하였다. 미국이 의사에 대한 보상에 국한된 상대가치를 개발한 반면, 한국은 의사와 병원을 함께 보상하는 상대가치를 개발하여 연구범위가 미국보다 크다. 특히, 진료비용 상대가치의 산출에 있어서는 8개 병원급 의료기관을 대상으로 행위별 원가분석을 실시하여 산출하였는데 이는 미국이 이차자료에 의해 비교적 간단한 방법을 사용한 것을 감안하면 한국의 진료비용 상대가치의 산출은 방법론에 있어서도 큰 진전이 있었



다. 특히, 진료과목별 원가분석을 실시한 의료기관 조차 거의 없었던 시점에서 8개 병원의 행위별 원가분석을 실시하였다. 또한 상대가치 개발 연구를 통해 2001년 행위별 금액제가 행위별 점수제로 전환되었고, 상대가치와 환산지수를 분리 운영할 수 있는 기반이 조성된 점은 그 의의가 크다고 할 수 있다.

네 차례의 연구를 통해 개발된 상대가치는 몇 가지 한계를 지니고 있다. 1차 개발 연구에서 기존 의료보험 급여항목과 다른 새로운 분류인 한국표준의료행위분류(KCPM)의 항목에 대해 상대가치점수를 산출하여 이를 건강보험에 적용하기 위해 2차 개발 연구에서 기존 의료보험 급여항목 분류의 개편안을 개발해야 했고, 3차 개발 연구에서 급여항목 분류의 개편안의 항목에 따른 상대가치 점수를 산출하게 되었다. 이로 인해 한국표준의료행위분류(KCPM)별 산출된 상대가치를 기존의 건강보험 급여항목에 접목하는 과정에서 양 분류의 상이함으로 인해 상대가치 산출의 안전성에 한계가 있었다. 상대가치를 산출하는 과정에 있어 별도 보상되는 재료에 대한 기준이 명확하지 않아 의료기관에서 사용하고 있는 별도 보상 재료의 관행을 그대로 수용하여 상대가치를 산출하였다. 또한 산출된 환산지수의 대표성은 논란이 되었다. 총 8개의 의료기관(종합 병원 4개, 병원 4개)을 조사하여 산출된 환산지수는 상대적 값인 상대가치점수를 산출하는 데는 한계가 그리 크지 않으나 1차 연구보고서(김한중 등, 1997)에서 밝히고 있듯이 절대적 값인 환산지수를 산출하는 데에는 한계가 크다. 그러나 8

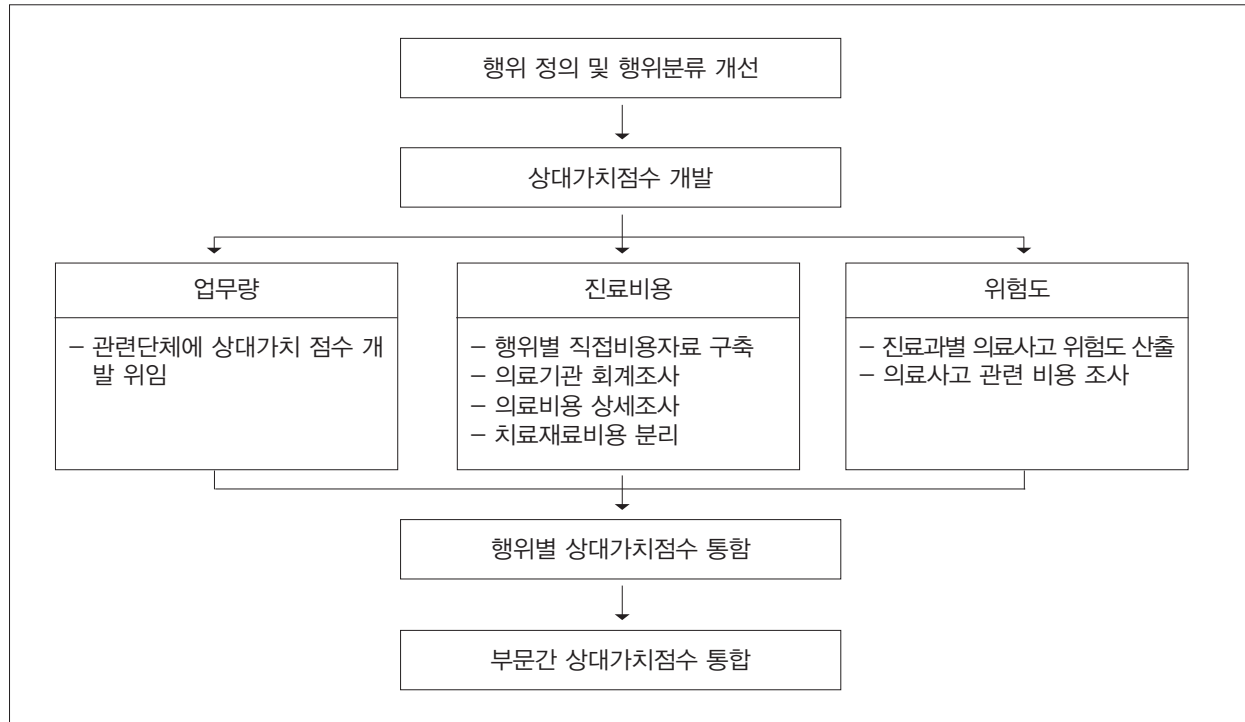
개의 의료기관을 대상으로 행위별 원가분석을 실시한 경우는 지금까지도 사례가 거의 없는 것으로 그 자체로도 큰 의미를 지닌다고 할 수 있으며, 그 한계를 인식한 상태에서 산출된 환산지수의 적용은 가능하다고 할 수 있다.

이렇게 산출된 상대가치는 2001년 1월 건강보험 수가에 적용되었다. 그러나 2000년 7월 의약분업 도입 등 정치적 환경으로 인해 개발된 상대가치를 그대로 적용하지 못하고 상대가치 수가체계(상대가치와 환산지수의 분리 운영)와 일부 크게 왜곡된 의료행위 상대가치를 수정하는 데만 적용되었다.

3. 상대가치 1차 개정

상대가치는 의학기술의 발전 및 의료 환경 변화에 따라 주기적으로 개정이 필요하다. 따라서 2001년 상대가치 점수제가 도입되면서 변동된 상대가치를 반영하고, 점수 불균형을 조정하기 위하여 5년 주기로 상대가치점수 개정을 추진하였다. 이를 위해 상대가치 개정 1차 연구(2003~2006)를 통해 5년(2008~2012)에 걸쳐 상대가치 점수를 조정하였다. 보건복지부 건강보험정책심의위원회의 상대가치운영기획단에서는 상대가치 개편에 있어 세가지 방향을 결정하였는데 첫째, 의사업무량 상대가치점수와 진료비용 상대가치점수의 분리, 둘째, 진료비용 상대가치점수를 명확히 하기 위해 치료재료 비용의 분리, 셋째, 의료사고 등과 관련된 진료 위험도 반영이었다.

[그림 9] 상대가치 개정 1차 연구의 틀(건강보험심사평가원, 2006)



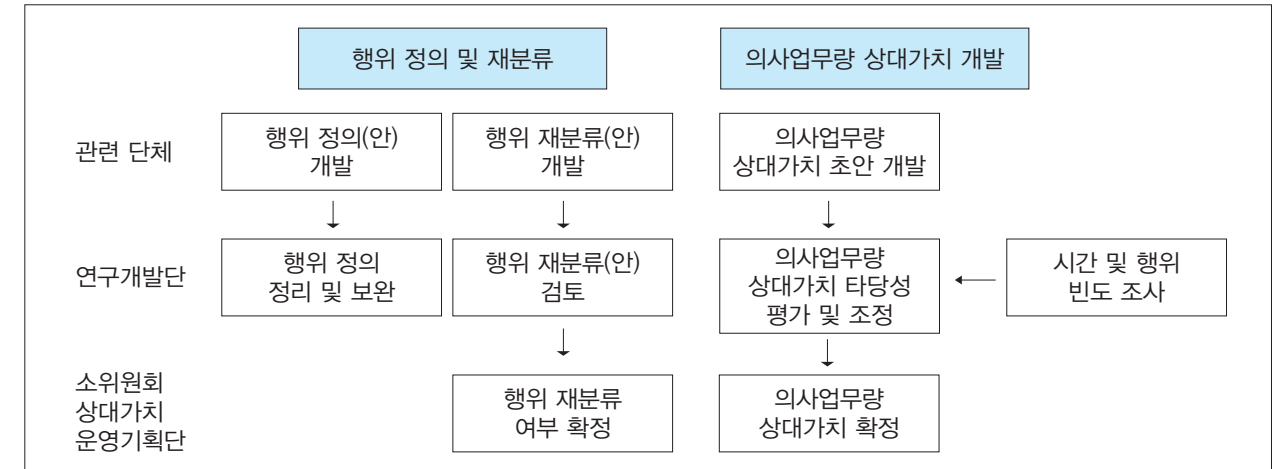
1) 상대가치 개정 1차 연구의 틀
상대가치 개정 1차 연구는 건강보험심사평가원 상대가치점수 연구개발단이 대한의사협회와 연구기관 등의 협력을 통해 진행하였다. 상대가치 개편방향을 반영한 상대가치점수를 개발하기 위해 먼저, 행위 정의 및 행위분류를 개선하고, 이에 따라 상대가치점수를 개발하는데 의사업무량 상대가치, 진료비용 상대가치, 위험도 상대가치로 구분하여 산출한 후 이를 행위별 상대가치점수로 통합하고, 또한 부문(의과, 치과, 한의과, 약과)간 상대가치를 통합하여 산출하였다(그림 9)(건강보험심사평가원, 2006).

2) 행위분류 검토 및 의사업무량 상대가치 개발
상대가치점수 개발에 앞서 행위분류를 검토하였는데 급여 및 비급여 행위들의 적응증, 실시방법, 전형적인 사례를 정의하였고, 필요시 행위 재분류안을 제시하였으며, 의사의 전문적인 노력에 대한 보상액으로 행위 시간과 강도를 고려해서 관련 단체에서 의사업무량 상대가치점수를 개발하였다. 이를 위해 관련 단체에서 초안을 개발하였고 건강보험심사평가원 상대가치점

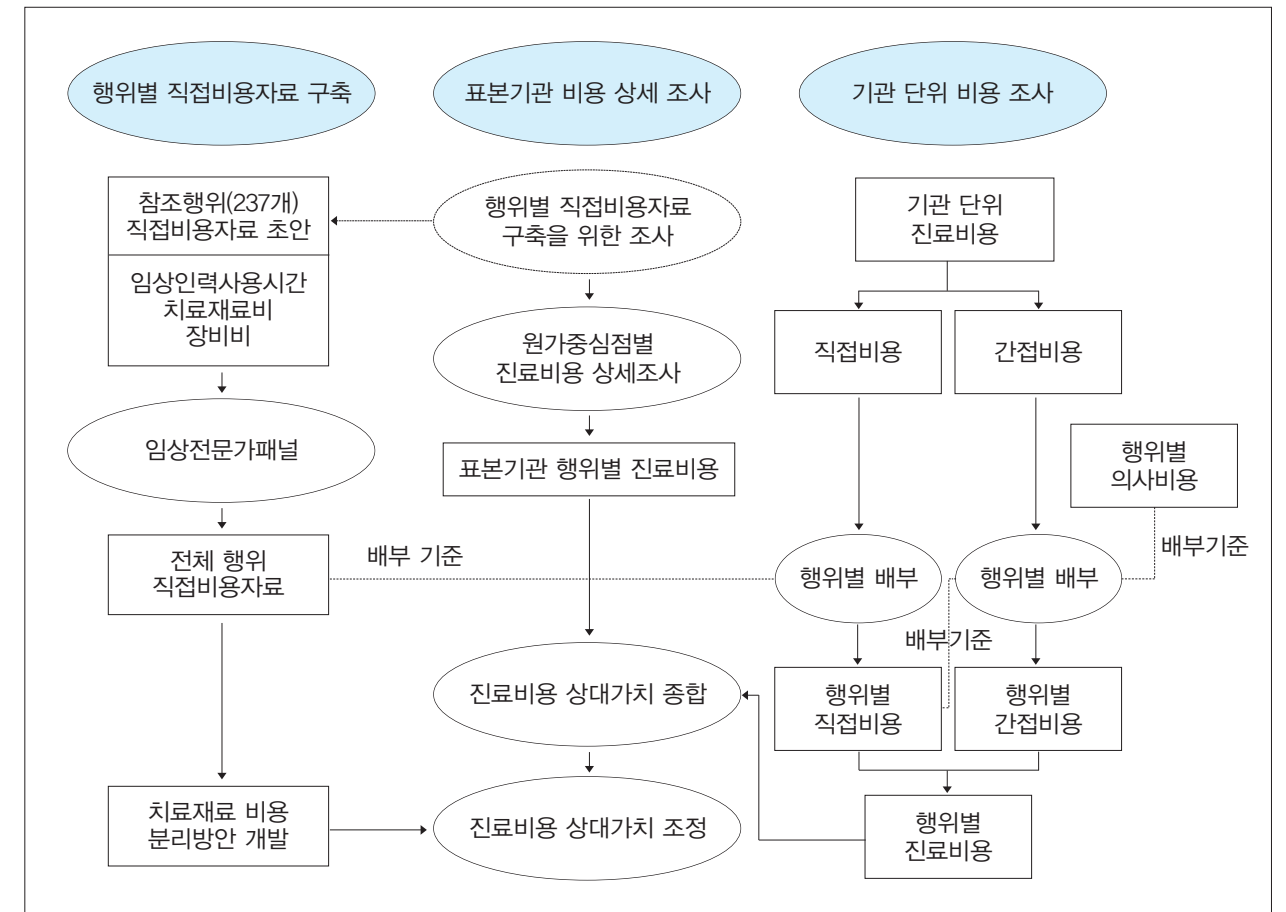
수연구개발단에서 타당성 평가와 조정을 하는 방식으로 진행하였다(그림 10). 2003년 10월 행위정의 및 업무량 상대가치 개발 연구구역(대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회 및 대한약사회)을 체결하였고, 2004년 6월 연구구역 결과를 최종 보고받았으며, 2004년 7월 행위분류검토 소위원회 개최하여 학회에서 제출한 재분류 행위의 타당성에 대한 검토하였고, 일부 재분류안에 대해서는 소위원회에서 조정을 하였다.

3) 진료비용 상대가치점수 개발 및 치료재료비용 분리 방안 검토
진료비용 상대가치점수에는 행위관련 직접비용과 간접비용으로 구분하였으며, 행위관련 직접비용에는 인건비, 재료비, 장비비로 구분하여 측정하였다. 이를 위해 대표성 있는 다수의 의료기관을 대상으로 조사한 기관 단위 진료비용을, 임상전문가패널(CPEP, Clinical Practice Expert Panel)에서 구축한 직접비용자료를 이용해서 행위별로 배부하고, 이렇게 결정되는 진료비용 상대가치의 타당성을 평가하기 위해 소수의 표본 의료기관을 대상으로 진료비용 상세조사를 실시하였다(그림 11).

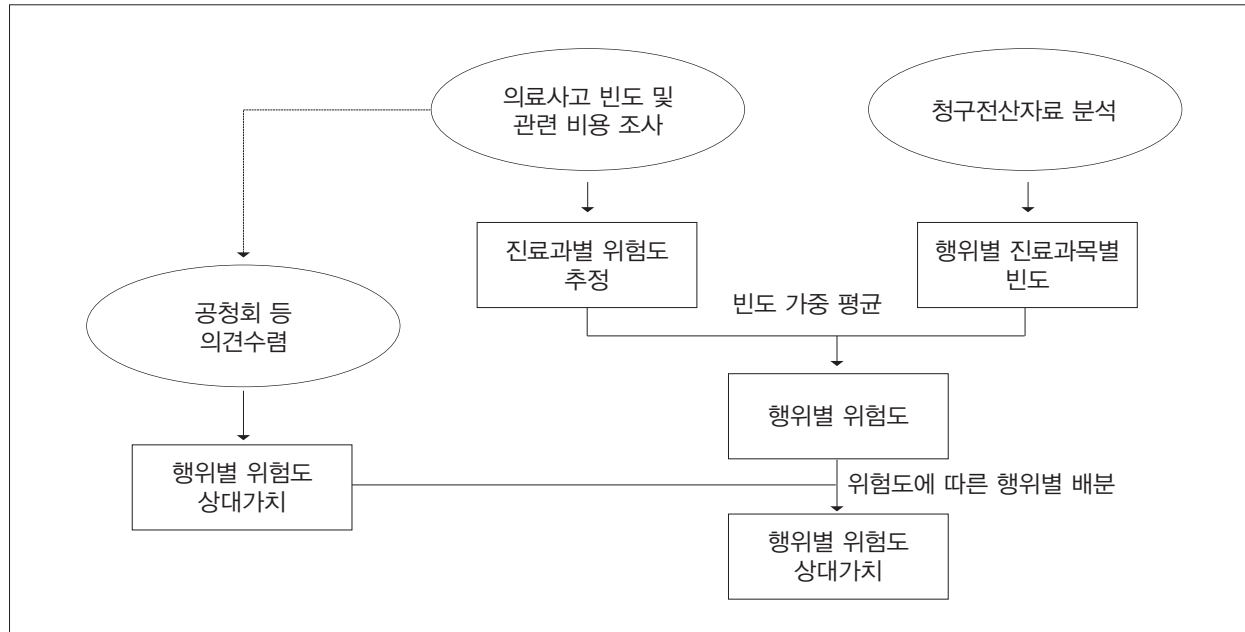
[그림 10] 행위분류 검토 및 의사업무량 상대가치 개발 과정(건강보험심사평가원, 2006)



[그림 11] 진료비용 상대가치점수 개발 과정(건강보험심사평가원, 2006)



[그림 12] 위험도 상대가치점수의 개발 과정(건강보험심사평가원, 2006)



기관단위 진료비용 조사를 위해 부문(의과, 치과, 한방, 약국)별, 종별로 총 300여개 의료기관을 대상으로 기관단위 진료비용과 행위빈도 조사를 수행하였으며, 표본기관 비용 상세 조사를 위해 소수의 표본기관을 대상으로 경영학적 원가분석 방법을 적용하여, 진료부서별로 원가중심점(cost center)을 세분화하고, 원가중심점별로 진료비용과 행위빈도를 조사하였다. 행위별 직접비용자료 구축은 진료비용 상대가치의 합리적 산정을 위해, 각 행위별로 직접비용 항목을 구체적으로 명시하고, 각 행위를 수행하는데 필요한 임상인력 사용 시간, 의료장비 비용, 치료재료 비용을 표본기관 조사와 임상전문가패널(CPEP) 조사를 통해서 구축하였다. 임상전문가패널(CPEP)은 진료영역별로 18개 분과패널과 1개의 조정패널로 구성하였고, 의사뿐만 아니라 관련 임상인력 220여명을 참여시켰다.

한편, 행위에 포함되어 별도 보상되지 않는 치료재료를 분류하고, 행위별 직접비용자료 구축을 통해서 각 행위 수행에 사용되는 치료재료의 가격과 사용량을 파악하여 이를 통해 진료비용 상대가치점수를 조정하였다.

행위별 진료비용점수를 최종적으로 산출하기 위해 구축된 직접비용자료는 기관 단위로 조사된 직접비용을 행위별로 배

분하는 기준으로 사용하였고, 또한 의사비용과 함께 간접비용 배분에도 활용하였으며, 행위별 직접비용자료와 기관 단위 비용 조사를 통해서 산출된 결과와 표본기관 비용 상세 조사를 통해서 산출된 행위별 진료비용을 종합하여 진료비용 상대가치를 조정하였다.

기관 단위 진료비용 조사를 위해 2003년 12월 진료비용 조사를 위한 의료기관회계조사 연구용역을 서울대 경영연구소와 체결하였으며, 표본기관 진료비용 상세조사를 위해 2004년 4월 서울시내 8개 대형병원 관계자가 참여하는 진료비용 TF를 구성하였다. 행위별 직접비용자료 구축을 위해 2004년 5월 임상인력 간담회, 임상전문가패널(CPEP) 구성 및 향후 계획에 대한 설명하였고, 2004년 7월 임상전문가패널(CPEP)을 최종 확정하였다. 치료재료 및 장비 가격 조사를 위해 2004년 6월 치료재료 및 의료장비 가격조사 연구용역을 한국의료기기산업협회와 체결하여 진행하였다.

4) 위험도 상대가치 개발

위험도 상대가치점수를 개발하기 위해 의료사고 빈도나 관련 비용 조사를 기초로 진료과별 위험도를 추정하고 행위별



로 진료과목별 위험도를 빈도 가중 평균하여 행위별 위험도를 결정하였다. 위험도 상대가치의 배정가능한 총점은 공청회 등 의견수렴 과정을 거쳐 결정하였으며, 위험도 상대가치 총점을 위험도에 따라 행위별로 배분하여 최종적인 행위별 위험도 상대가치를 산출하였다(그림 12). 위험도 상대가치점수의 개발을 위해 2004년 4월 위험관리 비용조사 및 위험도 상대가치개발을 위한 연구용역을 연세대 의료법윤리학연구소와 체결하였다.

5) 상대가치 1차 개정의 종합

1997년 개발된 상대가치점수는 상당 기간이 경과하면서 전면 개정되었다. 그동안 상대가치 구조에 대한 개편방향이었던 의사비용과 진료비용의 분리, 치료재료 비용의 분리, 그리고 진료 위험도 상대가치 반영의 실현이라는 의미를 지니고 있으며, 대한의사협회 상대가치개정위원회(RUC, RVS Update Committee)의 부분 개정에서도 논의되고 있던 행위별 직접비용자료의 구축이라는 새로운 방법론을 적용하였다.

그러나 상대가치 1차 개정의 한계점으로는 첫째, 진료과목 내 총점 고정에 따라 과목 간 불균형을 해소하는데 미흡하였다. 상대가치 점수산출에 있어 진료과목 간의 이해관계 갈등과, 상대가치 산출 방법론에 있어 진료과목 간을 조정할 수 있는 기전의 부재로 진료과목 간 총점 고정을 하였으며, 이로 인해 진료과목 간 불균형을 해소할 수 없었다(보건복지부 상대

가치운영기획단, 2014).

둘째, 직접진료비용 자료가 불안정하였다. 임상전문가패널(CPEP)에 의한 직접진료비용의 자료 구축에 있어 진료과목별 조정이 충분하지 못하였고, 작성 오류에 대한 충분한 검증이 진행되지 않아 진료과목 간 직접진료비용 자료의 편차가 존재하였다(보건복지부 상대가치운영기획단, 2014). 이는 임상전문가패널(CPEP)을 통한 행위별 직접진료비용의 자료 구축은 통합하는 기전의 불충분함으로 인해 진료과목 간 상대가치점수의 균형성을 달성하기 어렵기 때문이다(박은철, 2004). 비록 임상전문가패널 내에 조정패널이 있으나 조정패널이 모든 전문과목 분과패널의 행위별 직접진료비용 자료를 조정하는 데에는 한계가 있다. 따라서 임상전문가패널에 의한 직접진료비용은 전문과목 내에서만 사용이 가능하므로 상대가치 전면 개정이 아닌 상대가치 일부 개정에 사용해야 한다. 따라서 전문과목 간 상대가치점수의 균형성을 달성하기 위해서는 임상전문가패널에 의한 상향식(bottom-up) 접근이 아닌 행위별 원가분석에 의한 하향식(top-down) 접근이 전문과목별 상대가치점수의 조정을 가능하게 한다.

셋째, 회계조사에 의한 단일 환산지수를 적용하였는데 직접 진료비용 자료가 진료과목별 구축 수준에 큰 차이가 존재하지만 구성요소별 단일 변화지수(인건비 0.22, 장비비 0.34, 재료비 0.37 등)를 적용하여 행위특성을 충분히 반영하지 못하였다(보건복지부 상대가치운영기획단, 2014).

[표 5] 의과 급여행위 원가보전율(한국보건사회연구원, 2012)

	기본진료		행위유형				
	진찰	입원	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사
재정규모 (조원)	7	4	1.5	4	1.2	3.1	2.3
	(11)		(12)				
원가 보전율 (%)	75		76	85	74	159	122
	(75)		(99)				



정하였다. 2단계로 업무량 및 진료비용 총점을 설정하였으며, 총비용 중 주시술자의 인건비 및 진료비용 비중으로 업무량 및 진료비용 총점규모를 설정하였다. 3단계로 행위별 상대가치 산출로 전문가단체에서 조정한 행위별 업무량 크기에 따라 업무량 상대가치로 전환하고 직접비용자료의 크기에 따라 진료비용 상대가치로 전환하였다(그림 13).

2차 상대가치 개정연구는 1차 개정연구와 유사하나, 유형별 회계조사를 이용하여 유형별 상대가치 점수를 조정한 것이 특징이다. 이로 인해 상대가치의 균형성이 유형별로는 제고를 기대할 수 있으나 모든 항목의 전체적 균형성 제고에는 한계가 있다. 진료비용 상대가치점수를 산출하는 기본접근이 임상전문가패널에 의한 자료수집인데 이를 통해서는 상대가치점수의 전체적 균형성을 제고하는데 한계가 있으므로 행위별 원가분석을 통해 전체 항목별로 접근하여 전체 행위에 대한 상대가치 균형성을 제고해야 할 것이다. 연구범위에서 제외한 기본진료(진찰과 입원)의 경우 원가보전율이 75%에 불과하고, 전체 재정규모의 50%에 육박하는데도 불구하고 2차 개정에는 제외되어 상대가치 개정의 의의를 크게 떨어뜨리고 있다.

2차 상대가치 개정을 적용함에 있어 의과 부문의 5천억원 재정 투입을 통해 상대가치점수를 조정함으로써 상대가치점수 조정의 폭을 증가시켜 균형성 제고에 기여할 것이다. 그리고 원가보전율이 높은 유형(검체 및 영상)에 대해 해당 학회와 일정 수준 이상의 합의를 통해 조정하게 됨은 높이 평가한다.

5. 상대가치 개편 방향

2001년 도입된 상대가치 수가체계는 한 차례 전면개정

(2008-2012)을 거쳐 2016년 두 번째 전면개정을 앞두고 있다. 그리고 상대가치점수 3차 개정을 지금부터 준비해야 한다.

상대가치점수 3차 개정은 합리적으로 진행되어야 할 것이다. 이를 위해 근거에 의해 개정되어야 한다. 업무량 상대가치는 새로운 근거를 통해 산출되어야 하고, 진료비용 상대가치는 임상전문가패널(CPEP)에 의한 상향식 접근이 아니라 행위별 원가분석에 의한 하향식 접근이 주된 축이 되어야 한다. 1차 상대가치점수 개정 시에는 진료과목 내에서만 조정되었고, 2차 개정 시에는 5개 유형 간에서만 조정되었다. 그러나 전체 수가 항목의 균형성을 확보하기 위해서는 행위별 원가분석에 의해 전체적으로 상대가치점수가 조정되어야 한다. 이를 위해서는 의료기관의 원가자료를 확보해야 하는데 대한병원협회와 전문 연구소가 협력체를 구성하여 자료수집의 용이성을 제고시키고, 자료의 신뢰성을 제고시켜야 할 것이다. 이렇게 수집된 자료는 상대가치점수의 개정에 활용될 뿐만 아니라 환산지수의 근거에도 활용되어질 것이다.

상대가치점수와 환산지수는 밀접히 연결되어 있다. 2008년부터 환산지수는 7개 유형(병원, 의원, 치과, 한방, 약국, 보건기관, 조산원)별 계약되고 있는데 환산지수는 70.0원에서 113.5원으로 유형별로 큰 차이가 있다. 환산지수를 유형별로 운영하다가도 일정 기간이 지나면 상대가치점수의 조정을 통해 단일 환산지수를 전환하여야 한다. 그러나 우리는 9년간 복수의 환산지수를 사용하고 있어 이로 인한 상대가치점수의 균형성이 위협받고 있다. 이제 복수 환산지수의 차이를 상대가치점수로 반영하고 반영된 상대가치점수의 균형성을 검토해야 한다. 의과 뿐 만아니라 치과, 한의과, 약국, 보건기관,

4. 상대가치 2차 개정

상대가치 2차 개정연구는 2009년 12월 18일 상대가치운영기획단 워크숍에서 추진방향 설정을 논의하면서 시작되었다. 2차 개정의 연구범위는 기본진료료를 제외한 진료행위료에 국한하였으며, 보건의료, 조산수가, 식대, 요양병원수가, 기타 정액수가 등도 연구대상에서 제외하였다. 2차 개정의 개편방향은 1차 개정연구 이후 근거자료(투입된 자원가치)의 변화를 반영하고, 의과의 경우 진료과목 간 상대가치 불균형 해소를 위해 상대가치 산출체계를 진료과목별에서 행위유형(수술, 처치, 검체검사, 기능검사, 영상검사)별로 전환하였다(보건복지부 상대가치운영기획단, 2014).

2차 개정연구는 1차 개정연구의 틀과 유사하다. 업무량 상대가치 개선 및 행위분류 정의 개발은 대한의사협회, 대한치


과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회에서 위임하여 개발하였다(2010. 4 - 2012. 12). 진료비용 상대가치 개선을 위한 연구 및 조사는 직접진료비용 근거자료 구축 및 조정은 임상전문가패널(CPEP) 및 건강보험심사평가원에서 2010년 7월에서 2014년 4월까지 진행하였다. 의료기관 회계조사는 한국보건사회연구원에서 2011년 6월부터 2012년 3월까지 진행되었는데 유형별 원가보전율은 급여행위의 경우 85% 이었고(표 5)(한국보건사회연구원, 2012), 치과 급여의 경우 78.4%, 한방 급여의 경우 104.7%, 약국 급여의 경우 108.6%이었다. 위험도 상대가치 개선을 위한 의료사고 비용조사는 연세대 의료법윤리학연구소에서 2011년 7월부터 2012년 3월까지 진행하였다.

2차 개정연구의 점수산출은 1단계로 총점을 설정하였는데 의과는 유형별 총점고정, 치과, 한방, 약국은 전체 총점을 고

[그림 13] 상대가치점수 산출과정



조산원에 대한 회계조사를 통해 상대가치와 환산지수의 적절성을 검토해야 한다.

행위별 수가제 뿐 만아니라 모두 수가제도는 네 가지 구성요소를 지니고 있는데 지불단위의 분류, 분류항목별 상대가치점수, 환산지수 조정요소이다. 따라서 진료비 보상제도가 합리성을 지니기 위해서는 지불단위 분류, 상대가치점수, 환산지수, 조정요소 모두 합리성을 지녀야 한다. 지불단위 분류는 전문가의 의견이 충분히 반영되어야 하며, 상대가치점수는 분류항목 간 균형성을 지녀야 한다. 특히, 원가보전율이 75%에 불과한 기본진료는 보험재정에 48%를 차지하고 있어 그 영향력이 매우 크므로 빠른 시일 내에 분류의 합리성이 제고되어야 하고, 적정 보상이 되어야 한다. 환산지수는 원가가 보존되어야 하고, 조정요소는 분류와 점수 및 환산지수를 합리적으로 보완할 수 있어야 한다. 또한 분류, 점수 및 환산지수의 개정은 정기적이어야 하며, 예측 가능해야 할 것이다. 

참고문헌

- 건강보험심사평가원 상대가치점수연구개발단. 상대가치점수 개정연구 보고서. 2006. 12
- 김한중, 손명세, 박은철, 김영삼, 박형욱, 박웅섭, 최귀선, 안영량, 김주희, 이대희, 강임욱, 김지윤, 김동기, 임종건, 안재형(연세대 보건정책 및 관리연구소), 염용권, 양동현, 안인환, 이윤태, 이용균, 명희봉(한국보건의료관리연구소), 김지홍, 이경태, 이상철, 최수미(연세상대 경영학과), 권호근, 이영희, 김권수, 조본경, 손정일, 김영남(연세치과 예방치과학교실), 김명기, 홍미희, 이종기, 조인숙(서울치대 치과의료관리학연구실). 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구소, 1997. 10
- 김한중, 손명세, 박은철, 박웅섭, 김영삼, 지영건, 최귀선, 윤용석, 김소윤, 이대희, 임종건, 문기태. 의료보험 수가구조개편을 위한 2차년도 연구 - 의료보험 경제지수 개발과 의료보험 진료수가 분류체계 개선을 중심으로 -. 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1998. 9
- 김한중, 손명세, 조우현, 박은철, 전병율, 이선희, 강형곤, 허영주, 원종욱, 김양균. 상대가치 개발의 총괄. 보건행정학회지 1995; 5(2): 202-12
- 김한중, 조우현, 이종길, 이해중, 전기홍, 박태규, 손명세, 박은철, 최혜선, 정상혁, 이선희, 김양균. 의료보험수가제고의 합리적 개선방안. 연세대학교 안구 및 보건개발연구소, 1992. 1
- 대한민국국회. 제97회 국회 보건사회위원회 회의록 제1호. 대한민국국회사무처, 1977. 6. 21
- 박은철. 상대가치 개정작업의 방향. 제10차 서울 대장항문학 연수강좌, 2004. 10. 31

- 박은철. 한국형 상대가치 도입에 대해서. 대한의사협회지 1997; 40(11): 1390-1
- 박형욱, 손명세, 김한중, 박은철, 유승흠. 한국표준의료행위 분류체계 개발. 예방의학회지 1996; 29(4): 877-97
- 보건복지부 상대가치운영기획단. 상대가치 2차 개정연구 추진내용. 2014년도 2차 상대가치운영기획단 회의자료, 2014. 8. 22
- 신영석, 신현웅, 유근춘, 신호성, 박실비아, 김진현, 김진호, 노윤호, 임지원, 나종익, 김태은, 안은숙, 김성재. 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 연구. 한국보건사회연구원, 2012. 3
- 유승흠, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철, 지영건, 문기태, 이상규, 이준혁, 설재웅, 임은주, 홍재석. 의료보험 수가구조개편을 위한 4차년도 연구 - 상대가치의 단계적 도입방안 제시와 의료사고위험 상대가치의 산출. 연세대 보건정책 및 관리연구소, 2000. 10
- 유승흠, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철, 지영건, 윤용석, 문기태, 김영삼. 의료보험 수가구조개편을 위한 3차년도 연구 - 의료이용 조정기준의 개발과 의료보험 진료수가분류 개편안에 대한 상대가치 산출을 중심으로. 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1999. 10
- 조우현, 손명세, 박은철, 김한중, 김양균, 허영주, 강형곤. 의사 업무량 측정 및 분석. 보건행정학회지 1995; 5(2):213-229
- Hsiao WC, Braun P, Becker E, Causino N, Couch NP, DeNicola M, Dunn D, Kelly NL, Ketcham T, Sobol A, Verrilli D, Yntema DB. A national study of Resource-Based Relative Value Scales for physician services: Final report. Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts, 1988
- Sohn M, Park EC, Kang HG, Kim HJ, Hur YJ. Cross-specialty linkage and extrapolation of Resource-Based Relative Value Scale. Yonsei Medical Journal 1995; 36(6): 497-507

